Zerreissung der Gallengänge.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Paul Ebeling,

prakt. Arzt aus Weissensee.

Tag der Promotion: 20. Mai 1920.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubener.

Referent: Professor Dr. Köhler.

Auszug.

Die Zerreissungen der Gallenwege lassen sich in 2 grosse Gruppen einteilen:

1. die subcutanen Verletzungen,
2. die offenen Verletzungen.

Gallengangsrnpturen, zumal ohne Nebenverletzungen anderer Organe, gehören zu den grossen Seltenheiten infolge der anatomischen Lage der extrahepatischen Gallgänge. Der Ductus choledochus ist am häufigsten betroffen.

Begünstigend für Rupturen sind die grössere Elastizität des Brustkorbes bei jüngeren Individuen und pathologische Veränderungen der Wandungen.

Für den Entstehungsmechanismus werden in der Hauptsache 2 Theorien aufgestellt. Zerrung der Gänge dadurch, dass die Leber nach oben, das Duodenum nach unten gepresst wird, es entstehen Querrisse. Längsrisse erklären sich durch Drucksteigerung innerhalb der Gänge.

Die sichere Diagnose einer Gallengangsruptur wird meist erst nach Tagen möglich. Symptome sind im Anfang: Chock, Zeichen peritonealer Reizung. Der Puls wird teils als beschleunigt, klein und unregelmässig angegeben, während besonders Orth und Finsterer Bradykardie und Druckpuls infolge der Resorption gallensaurer Salze für typisch halten.

Ein weiteres Frühsymptom ist die Untersuchung des Urins auf Gallbestandteile, entweder durch Nachweis der Gallfarbstoffe oder durch die biologische Reaktion nach Biedl und Kraus. Gallfarbstoff lässt sich schon nachweisen, lange bevor Ikterus auftritt.

Ikterus tritt in fast der Hälfte der Fälle auf, und zwar 3—4 Tage nach dem Trauma.

Ein weiteres Zeichen ist der in der Bauchhöhle nachweisbare freie oder abgekapselte Flüssigkeitserguss. Der Nachweis des Gallergusses gelingt meist erst nach 1—2 Wochen.

Die Folgen des Gallergusses sind abhängig vom Zustand der Galle. Enthält sie virulente Keime, ist der Tod an septischer Peritonitis meist die Folge. Bei relativ keimarmer

Galle entsteht eine serofibrinöse plastische Peritonitis. Ob diese Art der Peritonitis auch ohne Bakterien allein durch den chemischen Reiz der Galle hervorgerufen werden kann, ist noch strittig.

Die Gefahren des Ergusses liegen in der Intoxikationsmöglichkeit, Behinderung der Atmung und Zirkulation, sowie Inanition und Kachexie infolge des Gallverlustes.

Ikterus, Gallfarbstoff im Urin und dauernde Acholie der Stühle spricht für Querruptur des Hepaticus oder Choledochus.

Ohne Operation ist der Ausgang meist ein letaler. Prognostisch am ungünstigsten ist die totale Querruptur des Hepaticus oder Choledochus.

Therapie besteht in möglichst frühzeitiger Laparotomie.

Bei Zystikusruptur empfiehlt sich Ligatur des Ganges und Zystektomie, danach Tamponade.

Bei Hepaticus und Choledochusrupturen wird die Naht nur selten möglich sein, auch die Einpflanzung des Stumpfendes ist ein lang dauernder und technisch schwieriger Eingriff. Für Hepatikusrupturen empfiehlt sich die temporäre Vereinigung der Stümpfe durch feine Drains und Tamponade.

Für den Choledochusriss kommt die gleiche Therapie in Frage oder eine umgehende Anastomosenbildung, falls dies der Zustand des Patienten erlaubt.

Die Galle wird durch den Cystikus und die Gallblase in den Darm geleitet; es besteht die Gefahr der sekundären Cholangitis durch aufsteigende Infektion vom Darm aus.

Eine kasuistische Zusammenstellung der Gallenwegsrupturen hat Amante gegeben.

Im Weltkrieg sind keine eingehenderen Arbeiten über Gallengangsrupturen erschienen.

An grösserem klinischen Material sind noch nachzuprüfen: die Verwertung der Bradykardie und des Nachweises der Gallenbestandteile im Harn zur Frühdiagnose der Gallengangsrupturen.